

25
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1915

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gaston ROBIN

Né le 8 Janvier 1887, à Maine de Boixe (Charente).

DE LA

SAPHÉNECTOMIE

PAR

RETOURNEMENT DE LA VEINE

Président : M. HARTMANN, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1915

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS : MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	{ WIDAL
	TEISSIER
Pathologie chirurgicale.	LEJARS
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	N.
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	{ LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	{ DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale.	{ N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	{ BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTIERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR HARTMANN

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté.

AVANT-PROPOS

La nomination au grade de médecin aide-major de deuxième classe étant subordonnée au titre de Docteur en médecine, nous sommes obligés, pour bénéficier de cet avantage, de venir soutenir notre thèse de doctorat; donc d'abandonner pour quelques heures le régiment où nous avons l'honneur d'accomplir notre devoir.

Notre étude eut bénéficié d'un travail plus approfondi; nous sommes, malgré tout, très heureux de venir nous présenter devant nos maîtres en des jours aussi glorieux.

Nous ne manquerons pas à notre double devoir de soldat et de médecin en saluant la mémoire de tous les membres de la grande famille médicale, tombés au champ d'honneur. Nous nous inclinons particulièrement devant l'un d'eux : celui-là même qui nous a offert l'hospitalité dans son service pour y prendre nos observations, le Docteur Reymond, officier de la Légion d'honneur, Sénateur, chirurgien de la maison départementale de Nanterre. De nombreuses voix autorisées ont rendu hommage à ses qualités de patriote, de médecin, d'homme politique; nous nous joignons à elles de tout notre cœur.

INTRODUCTION

Au cours de nos études nous avons eu l'occasion d'assister assez fréquemment à des résections soit partielles, soit totales de la veine saphène interne. Nous nous sommes rendu compte de la longue durée d'une telle opération et nous avons regretté l'existence de la cicatrice sinueuse qui subsiste, signature indélébile de l'intervention.

Dernièrement, en visitant le service de chirurgie de la maison départementale de Nanterre, nous avons vu plusieurs malades opérés de varices par un procédé peu employé en France, qui a l'avantage de supprimer la dissection de la veine et par suite la cicatrice.

Il a été pratiqué par le Docteur Vaquié, chirurgien de l'hôpital Rosario en République Argentine, par Kümmel, de Hamburg, et quelques autres chirurgiens. Les résultats satisfaisants, portant sur une trentaine de cas, nous ont incité à étudier la technique de l'opération, ainsi que ses difficultés et ses avantages.

Monsieur le Docteur Sénéchal, assistant du Docteur Reymond, a bien voulu nous communiquer les observations que nous publions et nous faire pratiquer plusieurs interventions de ce genre; nous tenons à le remercier particulièrement pour sa bienveillance.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

La veine saphène interne est une veine superficielle, branche afférente de la fémorale, qui occupe le côté interne du pied, de la jambe et de la face antérieure de la cuisse. Longue de 80 centimètres environ, elle présente un diamètre de 4 à 5 millimètres près de la malléole, pour atteindre celui de 6 à 7 près de son embouchure.

On lui décrit dans les traités d'anatomie :

A. Une portion pédieuse. Cette portion nous intéresse particulièrement car elle comprend un point où la veine est très accessible.

B. Une portion jambière.

C. Une portion fémorale.

La portion pédieuse, horizontale, se dirige d'avant en arrière sur le bord interne du pied. Elle se réfléchit de bas en haut, en avant de la malléole interne qui la reçoit dans une dépression. C'est à ce niveau qu'elle est très apparente et accessible. Dans la portion jambière, elle monte obliquement le long du bord posté-

rieur du tibia, contourne la tubérosité interne et le condyle interne du fémur.

Dans la portion fémorale, elle monte en suivant le bord antérieur du couturier, le croise et arrive au triangle crural pour se jeter à 4 centimètres au-dessous de l'arcade dans la veine fémorale.

Les rapports sont inconstants; elle est sous-cutanée dans tout son trajet. Elle repose sur l'aponévrose du membre, est recouverte par le fascia superficialis et, de chaque côté, est entourée de tractus celluloux qui unissent le fascia à l'aponévrose. Elle est souvent accompagnée par un canal collatéral assez volumineux, mais plus superficiel et éloigné de 1 à 2 centimètres.

Elle a des anastomoses nombreuses : en haut avec la fémorale; en bas avec les tibiales. La veine saphène interne, d'après Klotz, possède une douzaine de valvules réparties également sur sa longueur, d'après Remy : 4 à la jambe et 5 à la cuisse. Ces valvules s'opposent au reflux du sang.

La veine saphène externe, longue de 55 centimètres, d'un diamètre de 4 millimètres, longe le côté externe du tendon d'Achille, puis de sus-aponévrotique devient sous-aponévrotique vers le milieu de la jambe et se loge entre les jumeaux; elle vient s'ouvrir à la partie postérieure de la veine poplitée. Comme la précédente, elle a de nombreuses anastomoses et est pourvue d'une dizaine de valvules pour la portion jambière.

CHAPITRE II

NÉCESSITÉ ET AVANTAGES DE LA SAPHÉNECTOMIE

Dans sa thèse sur le traitement chirurgical de l'ulcère variqueux, le docteur Couton, après avoir critiqué les différents traitements, étudie les résultats obtenus par la ligature de la saphène au-dessus de l'ulcère. Nous allons les citer pour mémoire, car c'est l'acheminement vers la saphénectomie.

J. L. Championnière et M. Schwartz en France, Trendelenburg en Allemagne l'ont d'abord préconisée, puis le dernier auteur, après avoir proposé la section de la veine entre deux ligatures à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de la cuisse, en arrive à placer trois ligatures.

Plus tard Coudere recommande la résection de la saphène sur quelques centimètres dans la région du condyle interne.

Schwartz, en 1892, lie ou résèque la veine en un point au-dessus du condyle interne. En 1898, au *Congrès de chirurgie*, il décrit un procédé consistant en résections multiples. En général, les résultats sont médiocres.

Terrier et Alglave publient plusieurs observations de récidives; d'autres auteurs, entre autres Lederrhose de Strasbourg, auraient constaté, après résection partielle, la régénération des vaisseaux. Raymond et Sénéchal ont observé le développement considérable de collatérales remplaçant la veine enlevée. Le Docteur Couton cite des observations personnelles de récidive, montre que les résultats obtenus sont infidèles et préconise, après de nombreux chirurgiens français, Terrier, Reclus, Quénu, Ricard et Schwartz, les très longues résections partielles et même les résections complètes.

Les résultats que donne la saphénectomie dans le traitement des varices et des ulcères variqueux sont très satisfaisants. Il nous suffit de parcourir les 35 observations publiées par Alglave dans la *Presse médicale* du 12 juin 1909, par Truchet, dans sa thèse, et de consulter les *Leçons cliniques* de Legueu.

A côté des résultats, l'opération, en elle-même, ne présente-t-elle pas des inconvénients?

Elle implique toujours l'anesthésie générale, qui, malgré tout, n'est pas sans danger.

Le champ opératoire est très étendu, puisque souvent il comprend toute la longueur du membre inférieur et par conséquent, difficile à protéger contre l'infection.

La dissection de la veine demande un temps assez long; d'autant plus que ce vaisseau est fragile et se laisse facilement déchirer.

La section du nerf satellite de la saphène n'est pas rare et entraîne des troubles sensitifs de la partie interne de la jambe, souvent peu durables, il est vrai.

Comme suites de l'intervention, nous pouvons avoir, ce qui n'est pas rare, des hématomes et de l'infection secondaire; tout cela contribue à retarder la guérison, qui demande déjà un certain nombre de jours.

Déplorons également la longue cicatrice que portera l'opéré durant toute sa vie; au régiment nous avons vu de nombreux jeunes gens ainsi marqués par le couteau du chirurgien.

N'y a-t-il pas moyen, par quelque procédé opératoire que ce soit, d'atténuer ces inconvénients et dans quelle mesure peut-on le faire?

CHAPITRE III

TECHNIQUE DE LA SAPHÉNECTOMIE PAR RETOURNEMENT.

Un chirurgien allemand, Narath, emploie le procédé suivant : il fait une série de boutonnières sur le trajet de la veine, assez rapprochées pour pouvoir, à la sonde cannelée libérer le vaisseau du tractus celluleux dans lequel il chemine; lorsqu'il est dégagé, il le retire en le passant sous les ponts cutanés. Cette technique nous oriente vers celle que nous préconisons.

Matériel nécessaire à l'opération. — C'est celui qui est employé pour les ligatures : pinces de Kocher, bistouri, sonde cannelée. Le seul instrument particulier est constitué par une longue tige métallique de la longueur de la veine, 80 centimètres environ. Elle sera aussi fine et flexible que possible. Il en existe de différents modèles : Vaquié se sert d'une tige d'acier, l'extrémité libre se termine par une petite olive de la grosseur d'un grain de riz, l'autre porte un anneau pour faciliter la traction. On peut reprocher à cette tige sa rigidité qui la rend encombrante et difficile à protéger contre la contamination lorsqu'elle est stérilisée, par suite des oscillations que l'on produit en voulant la faire pénétrer

dans le vaisseau. M. Collin, pour pallier à cet inconvénient, a construit une tige en fer doux que l'on peut enrouler sur elle-même; la trouvant également insuffisamment flexible, le Docteur Sénéchal en a fait établir une nouvelle : elle consiste en un faisceau de fils d'acier très fins, autour desquels s'enroule un fil de la même substance; les deux extrémités se terminent par une sorte de champignon de 4 millimètres de diamètre. Cette dernière tige a l'avantage d'être facilement introduite, sans crainte de blesser la veine puisqu'elle suit docilement les différentes sinuosités; elle est facile à manier et à protéger de la contamination car on la maintient aisément enroulée dans la main.

Anesthésie. — Le docteur Vaquié emploie la rachistovainisation. On peut employer l'anesthésie locale, c'est ce que fait Kümmel. Pour notre part nous n'avons vu employer que l'anesthésie générale ou la rachistovainisation.

Technique opératoire proprement dite. — Après avoir désinfecté les téguments et pratiqué l'anesthésie, soit locale, soit générale, on repère dans la région de la malléole interne, le point que nous avons signalé en décrivant le trajet du vaisseau : la dépression en avant de la malléole où la veine se réfléchit de bas en haut; elle se dessine souvent d'elle-même aux yeux de façon bien apparente. On isole la veine à la sonde cannelée, on place deux ligatures, à un centimètre l'une de l'autre et on sectionne entre les deux.

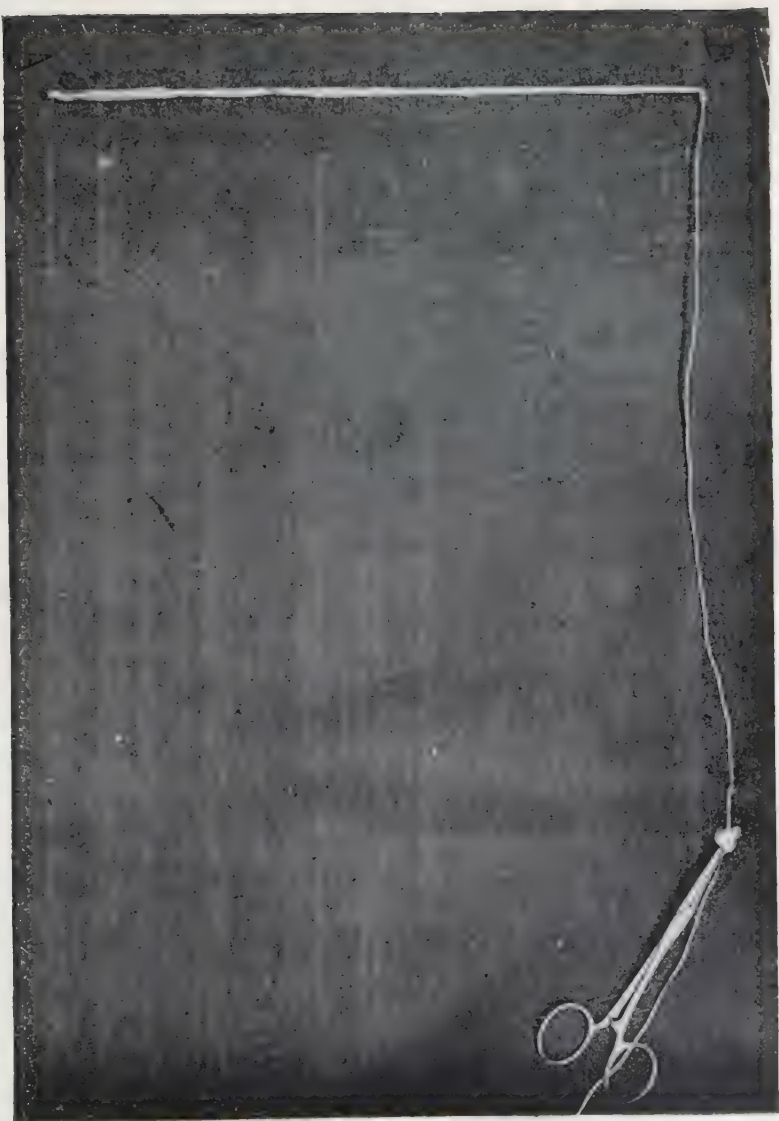
Puis, dans le chef supérieur on pratique un petit pertuis où on fait pénétrer la tige d'acier par son extrémité olivaire. Maniée avec douceur, elle continue son chemin ascendant à l'intérieur de la veine, son passage est apparent et le plus souvent l'opérateur peut le suivre par le relief qui se forme sous la peau; quelquefois, il faudra se rendre compte du trajet parcouru par la palpation.

Lorsque l'extrémité de la broche est arrivée à la hauteur du condyle interne du fémur ou un peu au-dessus, on pratique sur l'olive une petite incision pour découvrir la veine. On la soulève avec la tige qui est dedans et on pose sur la veine une forte ligature de façon qu'elle enserre et emprisonne l'extrémité de la tige; une autre ligature est faite un centimètre ou deux plus haut et on coupe entre les deux.

Nous sommes arrivés au dernier temps de l'opération. La main libre sera placée sur la peau tibiale qui recouvre la veine et la soutiendra modérément. Avec l'autre main, celle qui tient l'anneau ou l'autre extrémité olivaire, on opère une brusque traction; l'effet est d'arracher la broche à laquelle fait suite, fixée à l'olive, la veine saphène interne retournée en doigt de gant et qui a entraîné quelques collatérales.

Si le cas l'exige, il est possible d'extirper la portion de la veine jusqu'à la crosse. On procèdera de la même façon que l'on avait fait pour la portion tibiale.

Il est prudent de pratiquer un petit massage de la région d'où l'on a extirpé la veine; le peu de sang qui s'est épanché fera issue par les ouvertures. On suture



A. B. Vientre retourné après avoir été fixé en B sur le bout olivaire de la tige B C.

la peau et rapidement on recouvre les plaies et la jambe d'un pansement compressif.

Il convient de faire garder le lit à l'opéré pendant deux jours avec un coussin sous la jambe, de manière qu'elle soit plus élevée que le reste du corps. En aucun cas, nous n'avons vu se produire d'hématome ni de complication d'aucune sorte.

S'il survient que la veine se déchire au cours de l'arrachement, on repère exactement l'endroit où la déchirure a eu lieu; on pratique une nouvelle petite incision, comme précédemment, on lie la veine sur la tige et on tire à nouveau sur l'anneau.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Les observations qui suivent proviennent toutes du service du docteur Reymond, de la maison de Nanterre; les résultats sont satisfaisants, bien qu'en général, l'opération, ait été faite chez des gens âgés. Souvent le procédé du retournement n'a été employé que sur une partie du trajet de la veine, car les altérations de ce vaisseau empêchaient l'application du procédé dans toute sa longueur.

Les difficultés peuvent provenir de différentes causes. Soit que la périphlébite des parois rende la veine très friable et fait qu'elle déchire très facilement, c'est ce qui est arrivé aux opérés des observations 3 et 19, soit encore que le vaisseau offre une sinuosité trop marquée, il n'est alors plus possible de faire cheminer la tige dans le vaisseau.

En général, il a toujours été possible d'enlever une partie de la veine par le procédé du retournement, ce qui a fait gagner du temps et supprimé d'autant la cicatrice.

Nous regrettons de ne pas posséder d'observations

concernant des jeunes gens, car il est probable qu'ayant affaire à des vaisseaux dont les tissus sont de meilleure qualité, nous aurions des résultats beaucoup plus satisfaisants; témoin l'observation de l'opéré n° 22. En résumé, on pourra toujours tenter ce procédé et lorsqu'il échouera, on disséquera la veine.

OBSERVATIONS

Observation I (n° 196 du registre des opérés).

F... Jean, 67 ans, hospitalisé; entre le 28 avril lit n° 7, salle Guyon; pour grosses varices de toute la saphène interne.

Opéré le 28 avril. Après anesthésie générale et désinfection des téguments à la teinture d'iode et à l'alcool, on fait une petite incision horizontale, perpendiculaire à la veine, un peu au-dessous de la crosse; on isole le vaisseau, on le lie. On fait une boutonnière par laquelle on introduit la tige qui chemine facilement jusqu'à la partie supérieure du mollet, guidée par la main libre; à cet endroit elle est arrêtée, on fait à ce niveau une incision parallèle à la veine, que l'on découvre, et lie en dessous de l'extrémité olivaire; une autre ligature l'enserme sur la tige, on sectionne entre les deux ligatures et on tire sur l'anneau. La veine est retournée en doigt de gant par l'incision supérieure, on la sectionne en dessous de la ligature; on masse légèrement, il sort quelques gouttes de sang. Les plaies sont fermées par trois agrafes. On dissèque alors le reste de la veine, qui adhère à la peau, on fait l'hémostase, on suture et un pansement compressif est appliqué.

Le malade sort guéri le 10 juin.

Observation II (n° 212 du registre).

N... François, 51 ans, entre le 13 mai au lit n° 8, salle Guyon pour varices volumineuses de la saphène interne et de l'anas-



tomose avec la saphène externe; cette dernière présente des dilatations ampullaires recouvertes d'une peau mince et transparente.

Opéré le 14 mai. Chloroforme. Antisepsie des téguments. Même technique que précédemment. La tige passe jusqu'au niveau de la malléole interne. On fait la ligature sur le bout olivaire, on tire; elle se retourne normalement jusqu'au niveau de l'anastomotique avec la saphène externe où elle se déchire. A cet endroit on fait une nouvelle incision, on introduit la tige à nouveau, on lie sur le bout olivaire après avoir mis une pince sur l'extrémité de la communicante qui saigne et on retire d'un seul coup la partie fémorale du vaisseau. On ferme la boutonnière supérieure avec des agrafes et on dissèque la communicante qui adhère à la peau que l'on doit exciser en même temps. La saphène externe est reséquée sur 2 centimètres environ, l'hémostase faite et on suture aux agrafes. Pansement compressif. Le malade sort guéri le 5 juin.

Observation III (n° 633 du registre) (1).

J... Albert, 49 ans, a de la phlébite ancienne des deux veines saphène interne qui sont très sinueuses et présentent de nombreuses dilatations ampullaires. Chloroforme. Antisepsie. On essaie d'introduire la tige métallique, mais les sinuosités l'empêchent de progresser plus loin que 20 centimètres; la veine déchire à la tentative de retournement. On est obligé de pratiquer la dissection de haut en bas des deux côtés. On constate l'adhérence très grande des veines à la peau et leur extrême friabilité.

(1). Nous citons cette observation pour montrer que certains cas ne permettent pas l'extraction par le procédé du retournement.

Observation IV (n° 293).

Mlle Del., 32 ans, surveillante, entre le 30 juin 1913 pour varices surtout apparentes aux deux mollets.

Opérée le 16 juillet, même technique. Le procédé par retournement réussit complètement du côté gauche, mais du côté droit on est arrêté au genou, la périphlébite ne permettant l'introduction de la tige plus avant. On dissèque le reste de la veine.

Sort le 31 juillet guérie.

Observation V (n° 328).

R... Augustine, 29 ans, cuisinière, entre le 31 juillet lit n° 2, salle Terrier; femme obèse présentant de volumineuses varices, surtout du membre gauche où elles atteignent le volume du pouce; les douleurs occasionnées par la station debout sont sur le point de lui faire abandonner son métier.

Opérée le 5 août sous l'anesthésie générale. Technique habituelle jusqu'au milieu du mollet du côté droit; ne pouvant aller plus loin, on dissèque le reste de la veine; de l'autre côté on la dissèque entièrement, en enlevant parfois la peau qui adhère fortement.

La malade fait du sphacèle à la partie supérieure de la cuisse gauche et reste hospitalisée jusqu'au 2 octobre; elle sort guérie et peut reprendre son métier.

Observation VI.

Ch... Jeanne, 37 ans. Entre le 28 août pour varices des 2 jambes. On opère le 8 septembre sous anesthésie générale.

Le procédé par retournement est fait des deux côtés jusqu'au genou; on resèque le reste des saphènes par dissection; à la jambe gauche on resèque également la saphène externe sur une longueur de trois centimètres en raison d'un paquet variqueux situé au niveau de la malléole externe.

La malade sort guérie le 28 septembre.

Observation VII.

Mal. Louis, âgé de 31 ans, cocher. Entre le 2 octobre pour varices de la jambe droite surtout développées au niveau du mollet.

Opéré le 6 octobre sous anesthésie générale. Le procédé par retournement réussit jusqu'au niveau du paquet variqueux que l'on dissèque. On réunit les plaies aux agrafes

Le malade sort guéri le 22 octobre.

Observation VIII

Rig... Eugène, 47 ans, coiffeur; entre le 8 octobre au lit n° 37, salle Guyon; pour varices de la jambe gauche. Opéré le 21 octobre sous anesthésie générale; le procédé du retournement réussit jusqu'à moitié du mollet, on dissèque le reste de la saphène et quelques collatérales. Le malade sort guéri le 8 novembre.

Observation IX

G... Caroline, 50 ans, ménagère; entre le 4 novembre pour varices de la jambe droite. La malade a eu plusieurs poussées de phlébite aiguë, la saphène présente de nombreuses dilatations et sinuosités à partir du mollet; à la partie infé-

rieure de la jambe elle chemine dans un tissu scléreux, de consistance très dure, la peau présente à ce niveau une coloration foncée très accentuée. Opérée le 7 novembre sous anesthésie générale. Le procédé du retournement réussit jusqu'au mollet. On dissèque le reste jusqu'à la malléole; à environ 10 centimètres au-dessus de la cheville, dans le tissu scléreux, on trouve deux petites cavités du volume d'une noisette remplies de pus; on les excise et on réunit les bords de la plaie.

La malade sort guérie le 30 novembre.

Observation X.

C... Marie, 31 ans, ouvrière de fabrique; entre le 12 novembre pour varices de la jambe gauche. Opérée le 19 sous anesthésie générale. Le procédé par retournement réussit sur tout le trajet de la veine.

La malade sort guérie le 1^{er} décembre.

Observation XI.

R... Marie, 30 ans, entre le 17 novembre pour varices de la jambe droite; opérée le 20 novembre sous anesthésie générale. Le procédé réussit; mais la veine s'étant déchirée à la partie moyenne de la cuisse, on a dû pratiquer une boutonnière à ce niveau, pour lier le vaisseau sur la tige.

La malade sort guérie le 6 décembre.

Observation XII.

S... Albert, hospitalisé, 51 ans; entre salle Guyon le 2 décembre pour varices des deux membres inférieurs. Opéré le

17 décembre sous anesthésie générale. Le procédé du retournement réussit du côté gauche sur toute la longueur de la veine; mais on est obligé de faire une reprise au milieu de la jambe, la veine ayant cédé à cet endroit. Du côté droit on l'enlève sur toute la longueur en un seul temps. Une importante collatérale est également enlevée par ce procédé. Suture aux agrafes.

Le malade sort guéri le 4 janvier.

Observation XIII.

L... François, 59 ans, hospitalisé. Entre le 13 octobre pour varices de la jambe droite. Opéré le 22 décembre sous anesthésie générale. Le procédé du retournement réussit jusqu'au mollet, on dissèque ensuite un paquet variqueux qui adhère à la peau; un autre paquet dans la partie externe de la jambe est également disséqué. Le malade est opéré de la jambe gauche le 26 janvier, le procédé réussit jusqu'au mollet, on dissèque le reste.

Le malade sort guéri le 22 février.

Observation XIV.

V... Marie, 53 ans; entre le 11 décembre pour varices de la jambe droite. Opérée le 23 décembre sous anesthésie générale. Le procédé de retournement réussit complètement; la malade sort guérie le 27 janvier après avoir fait de la congestion pulmonaire le neuvième jour après l'opération.

Observation XV.

Chas. Pierre, 37 ans, chauffeur, entre le 23 décembre pour varices de la jambe gauche avec ulcère à 4 centimètres au-

dessus de la malléole interne. Opéré le 3 janvier sous anesthésie générale. Le procédé réussit jusqu'au mollet où on est arrêté par une forte sinuosité; on pratique une boutonnière, on lie la veine et on la retourne. Par la même incision on fait passer la tige en dessous de la sinuosité et on la conduit jusqu'à la malléole interne en passant en dessous de l'ulcère qui n'empêche pas le retournement de la veine. Les boutonnières sont suturées aux agrafes.

Le malade se lève le 8^e jour et sort guéri de l'opération et de l'ulcère le 14 février.

Observation XVI

B., Marie-Thérèse, 47 ans, ménagère, entre le 15 janvier pour varices de la jambe droite. Opérée le 19 sous anesthésie générale.

Le procédé réussit jusqu'au mollet; en dessous on doit disséquer la veine qui est très adhérente; en plusieurs endroits on est obligé d'enlever la peau avec le vaisseau.

Sort guérie le 11 février.

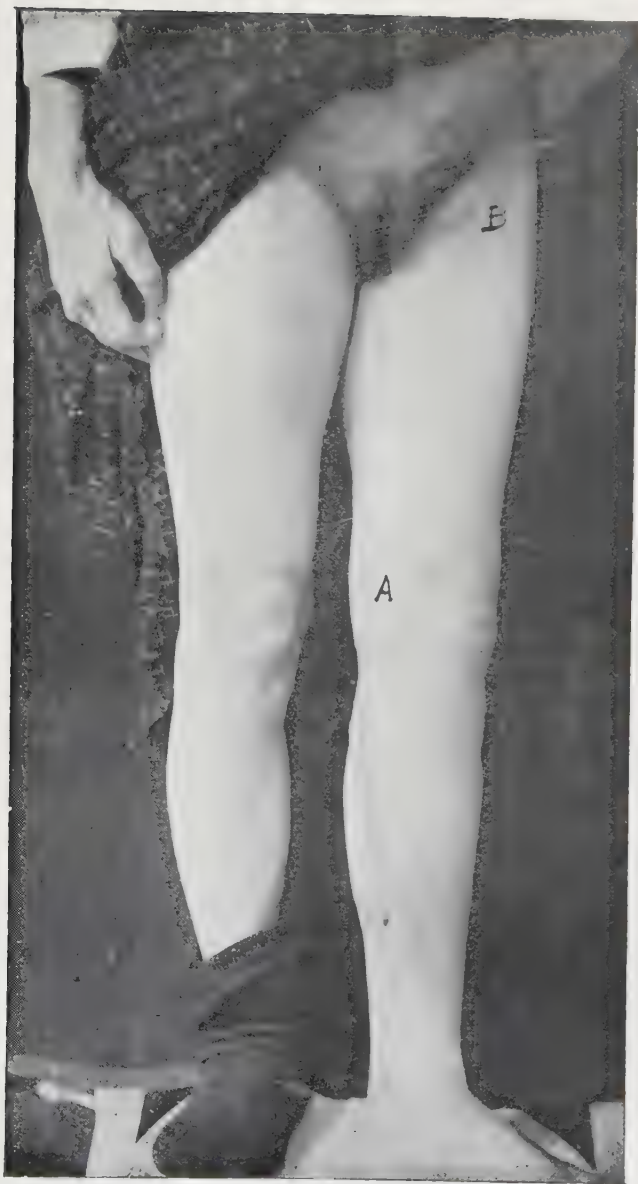
Observation XVII.

Char., Alexandre. 56 ans, entre salle Guyon, lit 38, le 25 février pour varices de la jambe droite. Opéré le 20 avril; le procédé réussit jusqu'au tiers moyen du mollet; on pratique ensuite la dissection du reste de la veine qui est très sinueuse et dilatée.

Le malade sort guérie le 3 mai.

Observation XVIII

E., Arthur, 59 ans, entre le 28 avril pour varices de la jambe droite. Opéré le 1^{er} mai. Rachistovainisation. Le pro-



OBSERVATION XIX.

A et B boutonnières par lesquelles on introduit la tige.

cédé par retournement réussit jusqu'au mollet, on dissèque ensuite un énorme paquet variqueux à la partie interne de la jambe.

Observation XIX

G., Hortense, 60 ans, laveuse, entre le 7 mai pour varices volumineuses du mollet gauche. Opérée le 11 mai sous anesthésie générale. Le procédé par retournement réussit jusqu'au genou; la dissection doit être pratiquée ensuite dans le tissu scléreux. La réunion est faite aux crins et aux agrafes.

Sort le 1^{er} juin guérie.

Observation XX

Gouv.. Jean, 26 ans, garçon pharmacien. Entre le 4 juin, lit n° 5, salle Guyon, parce qu'il a de grosses varices de tout le membre inférieur gauche qui l'empêchent d'entrer dans une administration. On l'opère le 5 juin sous anesthésie générale.

Le procédé du retournement réussit complètement; la veine ayant cédé au niveau d'une collatérale volumineuse on en profite pour enlever cette dernière par le même procédé.

Sort guéri le 15 juin.

Observation XXI

D.. Isabelle 29 ans, modiste vendeuse. Depuis la naissance de sa fille, il y a 6 ans, elle a vu apparaître des varices qui lui occasionnent des douleurs vives, à tel point que la nuit elle ne peut sentir le poids des couvertures; pendant ses règles elle souffre davantage et voit s'accroître le volume de ses varices; elle a porté des bas sans amélioration.

Elle entre le 25 mai. Elle présente sur les deux membres inférieurs de grosses varices du volume de l'index et de gros paquets variqueux au niveau des condyles internes.

On l'opère une première fois le 27 mai du côté gauche; on fait une tentative infructueuse de retournement; la veine est très friable et adhérente à la peau. On procède à la dissection d'un bout à l'autre.

Le 17 juin on opère la jambe droite. On découvre la saphène au niveau du genou; on introduit la tige de bas en haut jusqu'à la crosse et on retourne sans incident. Puis de haut en bas on introduit la tige jusqu'à environ quatre travers de doigt au-dessus de la malléole où on est arrêté par une valvule; on lie et on retourne facilement.

On dissèque ensuite le gros paquet variqueux qui se trouve en arrière du condyle. Donc pour le côté droit le procédé a réussi complètement, mais en 2 temps.

La malade sort guérie le 5 juillet.

Observation XXII

Fr.. Constant 62 ans, imprimeur. Depuis l'âge de 13 ans a vu se développer peu à peu aux membres inférieurs de petites varices. En 1907, ressentant le soir une grande fatigue dans les jambes, il est allé consulter à la Pitié.

Il entre au lit n° 2 salle Broca et reste au repos plusieurs jours. Puis il est opéré du côté droit par M. Alglave après rachistovaïnisation; il reste alité un mois ayant une cystite concomitante.

Le 22 octobre 1913, il entre à la maison de Nanterre pour ses varices du côté gauche. Sous anesthésie générale on l'opère par retournement en deux temps; le procédé a pleinement réussi.

Il sort guéri le 15 novembre.

Actuellement on voit la trace des deux opérations : à droite le procédé par dissection de sept ans plus vieux laisse une cicatrice qui, bien que fort belle, est très apparente; à gauche trois petites incisions récentes dont les traces s'atténueront en vieillissant.

CONCLUSIONS

La Saphénectomie par retournement doit être tentée chaque fois que l'on désire supprimer la veine saphène interne ou externe.

Elle a pour avantages :

- a) De pouvoir se faire à l'anesthésie locale.
- b) De nécessiter moins de temps que la dissection de la veine.
- c) D'éviter les complications de la saphénectomie ordinaire, à savoir : les hématomes et l'infection.
- d) D'abrégé la convalescence du malade en demandant peu de temps pour la guérison.
- e) De supprimer en grande partie les traces de l'intervention.

Vu : le Président,
HARTMANN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L.LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Vaquié.** — Chirurgien de l'Hôpital Rosario : *Presse médicale*, 4 janvier 1913.
- Kümmel.** — *Arch. prov. de chirurgie*, 1912, page 398.
- Klotz.** — Vena Saphena Magna. *Archiv. für Anatomie*, 1887.
- Narath.** — *Deutsch. Zeitschr. f., Chir.*, LXXXIII, p. 104. 1906.
- Remy.** — *Traité de chir. des varices*. VI^e congrès français de ch. 1892 p. 693.
- id — *Congrès français de chirurgie*, 1898.
- Paul Couton.** — *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère variqueux*. Thèse Paris, 1909, n^o 12, p. 37.
- Tredelenburg.** — Ligature de la saphène interne contre les varices. *Beiträge zur klin. Ch.*, T. VII, 1890.
- Schwartz.** — Du trait. des varices par la ligature multiple de la saphène interne et l'extirpation. *Revue gén. de clinique et thérapeutique de Paris*, 1888 p. 65 et 68.
- Coudert.** — *L'opération de Tredelenburg*. Thèse Paris 1897.
- Terrier et Alglave.** — Résection totale des saphènes. *Revue de chirurgie*. Juin et août 1906.
- Lederrhose.** — *Centralblatt für Chirurgie*, 1903.
- Reclus.** — Résections segmentaires de la saphène interne.
- *Société chirurgie*, 1895 p. 152.
- *Traité de chirurgie*, t. I. p. 39.
- Quenu.** — Varices, phlébites variqueuses, ulcères, résection de paquets de varices enflammées, ligature de la saphène interne. *Bulletin Société chirurgie*, 1900 XXXI p. 310.
- « Rapport sur une observation de M. Cerné : cure

radicale des varices pour ulcères de jambes. » *Bulletin société chir.*, 25 nov. 1891.

Ricard. — Cure radicale des varices. *Gazette des Hôpitaux*, 1890.

Legueu. — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1902, t. V. p. 106 et 109.

Le Dentu et Delbet. — *Maladies des veines*, 1909.